

grupo, asegurando un correcto cumplimiento de la quimioprofilaxis. Es de esperar que la población inmigrante aumente su importancia en los próximos años, por lo que este perfil podría modificarse.

Agradecimientos

Al Dr. José Miguel Rubio (Servicio de Parasitología, Centro Nacional de Microbiología, Instituto de Salud Carlos III, Majadahonda, Madrid) por su colaboración en la realización de las técnicas de PCR.

Bibliografía

1. Bartolomé M, Balanzo X, Roca C, Ferrer P, Fernández JL, Daza M. Paludismo importado: una enfermedad emergente. *Med Clin (Barc)*. 2002;119:372-4.
2. Millet JP, García de Olalla P, Carrillo-Santistevé P, Gascón J, Treviño B, Muñoz J, et al. Imported malaria in a cosmopolitan European city: A mirror image of the world epidemiological situation. *Malar J*. 2008;7:56.
3. Salvadó E, Pinazo MJ, Muñoz J, Alonso D, Naniche D, Mayor A, et al. Presentación clínica y complicaciones de malaria importada por *Plasmodium falciparum* en dos grupos de población: viajeros e inmigrantes. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2008;26:282-4.
4. López-Vélez R, Viana A, Pérez-Casas C, Martín-Aresti J, Turrientes MC, García-Camacho A. Clinicoepidemiological study of imported malaria in travelers and immigrants to Madrid. *J Travel Med*. 1999;6:81-6.

5. Rodríguez M, Tome S, Vizcaino L, Fernandez-Castroagudin J, Otero-Anton E, Molina E, et al. Malaria infection through multiorgan donation: An update from Spain. *Liver Transpl*. 2007;13:1302-4.
6. Shoda M, Shimizu K, Nagano M, Ishii M. Malaria infections in crews of Japanese ships. *Int Marit Health*. 2001;52:9-18.
7. Raju N, Poljak I, Troselj-Vukic B. Malaria, a travel health problem in the maritime community. *J Travel Med*. 2000;7:309-13.
8. Mayxay M, Pukrittayakamee S, Newton PN, White NJ. Mixed-species malaria infections in humans. *Trends Parasitol*. 2004;20:233-40.
9. Singh K, Wester WC, Trenholme GM. Problems in the therapy for imported malaria in the United States. *Arch Intern Med*. 2003;163:2027-30.
10. Rubio JM, Benito A, Berzosa PJ, Roche J, Puente S, Subirats M, et al. Usefulness of seminested multiplex PCR in surveillance of imported malaria in Spain. *J Clin Microbiol*. 1999;37:3260-4.

Joaquín Campos-Franco^{a,*}, José Llovo-Taboada^b,
Raimundo López-Rodríguez^a y Arturo González-Quintela^a

^aServicio de Medicina Interna, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España

^bServicio de Microbiología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: xkampos@hotmail.com (J. Campos-Franco).

doi:10.1016/j.eimc.2009.01.015

Endoarteritis infecciosa complicando una coartación de aorta en una mujer de 66 años

Infective endarteritis complicating aortic coarctation in a 66-year-old woman

Sr. Editor:

La coartación de aorta aparece entre el 6,5 y el 7% de todas las malformaciones congénitas cardíacas produciendo un estrechamiento en la luz aórtica habitualmente distal al origen de la arteria subclavia izquierda¹. Se presenta de forma aislada en el 82% de los casos y asociada a otras malformaciones en el 18% de los casos². La infección de ésta es una complicación infrecuente, sobre todo si se asienta en la propia coartación.

A continuación presentamos el caso de una mujer de 66 años, que a los 57 años se le diagnosticó coartación aórtica desestimando intervención. La mujer ingresa por un cuadro de unas 4 semanas de duración consistente en astenia, fiebre y molestias en pierna derecha. En la exploración física destaca palidez mucocutánea, soplo sistólico a la altura panfocal e interescapular, edemas distales en ambos miembros inferiores y disminución de los pulsos con aparición de lesiones purpúricas no palpables en el dorso y en los pulpejos de los dedos del pie derecho. Presenta una hemoglobina de 8,3 mg/dl, leucocitosis de $13.030 \times 10^3/\mu\text{l}$ (el 85% de neutrófilos), proteína C reactiva de 15,09 mg/dl y un sedimento de orina con hematuria microscópica.

En la radiografía de tórax se aprecia cardiomegalia y las muescas costales habituales en la coartación (signo de Roesler). La ecografía abdominal describe una lesión esplénica hipocogénica de 29 mm compatible con absceso. Los 3 hemocultivos resultan positivos para estreptococos del grupo *viridans* con concentración mínima inhibitoria de 0,047 $\mu\text{g}/\text{ml}$ para penicilina. La ecocardiografía transesofágica muestra imágenes indicativas de vegetaciones de 1,2 cm (fig. 1) en la coartación. Se realiza angiografía que muestra la zona estenótica (fig. 2).

En nuestro caso realizamos tratamiento con 2 g de ceftriaxona por día por vía intravenosa durante 6 semanas asociado a 300 mg de gentamicina por día por vía intravenosa durante las 2 primeras semanas. Se desestima intervención quirúrgica por el Servicio de Cirugía Cardíaca debido al estado clínico, a la negativización precoz de los hemocultivos, a la ausencia de progresión del aneurisma y al alto riesgo de hemorragia de una toracotomía en una paciente con la circulación colateral tan desarrollada. La evolución es excelente y al año de la conclusión del tratamiento la mujer permanece asintomática, siendo los hemocultivos de control negativos.

Los defectos cardiovasculares congénitos predisponen entre el 6 y el 24% de las endocarditis. En la coartación hay una zona de alta velocidad de flujo en la estenosis y un área distal de baja presión que favorecen las turbulencias, el daño endotelial y el desarrollo de la infección³. La válvula aórtica es la más frecuentemente afectada, por la asociación de coartación y válvula aórtica bicúspide, y sólo en esporádicas ocasiones la infección se

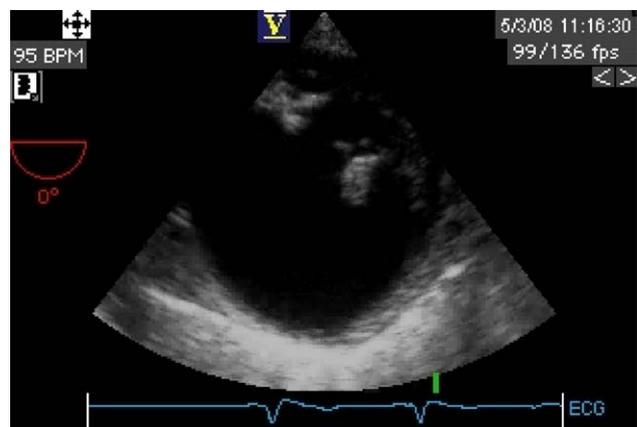


Figura 1. Imagen de vegetación en la estenosis.

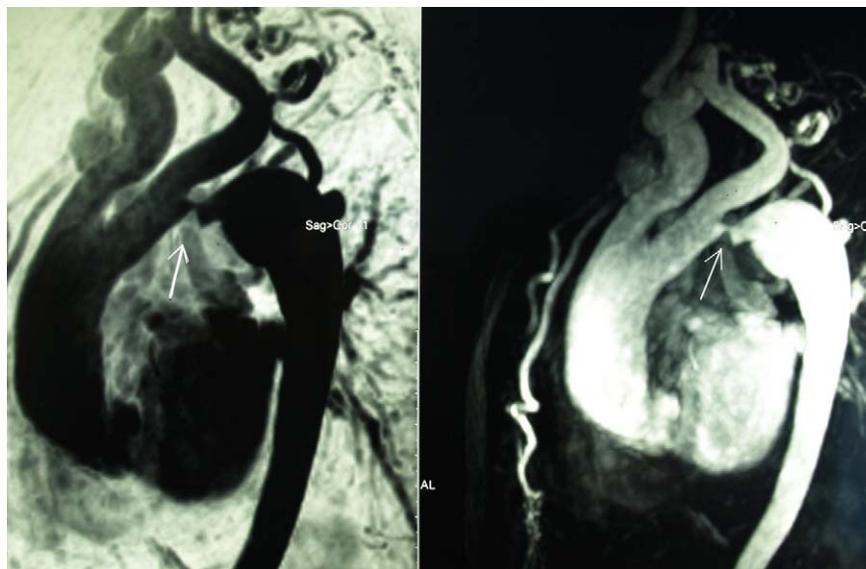


Figura 2. Coartación de aorta en el istmo aórtico, con imagen de estenosis de aproximadamente 1,42 cm de diámetro y dilatación postestenótica de morfología sacular, con un diámetro aproximado de 3,5 cm.

asienta directamente sobre la propia coartación causando una endoarteritis que suele acompañarse de un aneurisma micótico. Anderson et al⁴ revisaron la literatura médica encontrando únicamente 13 pacientes adultos con endoarteritis sobre una coartación. Sólo el 38% tenía más de 30 años y el 92% se asociaba a un aneurisma micótico postestenosis. Los microorganismos más frecuentemente aislados son los estreptococos del grupo *viridans* seguidos por estafilococos coagulasa negativos y *Staphylococcus aureus*. Posteriormente aparecen 2 nuevos casos en pacientes de 18 y 40 años^{5,6}.

El tratamiento consiste en un tratamiento antibiótico prolongado en función del germen aislado y posterior corrección quirúrgica del defecto, habitualmente con la inserción de un injerto.

El caso nos parece interesante por varios motivos: por un lado, no hemos encontrado en la literatura médica una paciente de la edad de la nuestra, pues lo habitual en la cronología de la coartación es el fallecimiento precoz si no se corrige la malformación⁷ y, por otro lado, hay muy pocos casos en la literatura médica mundial de endoarteritis sobre la propia coartación que han evolucionado de forma correcta sin requerir cirugía. Pensamos que en cualquier paciente en el que se desarrolle una endocarditis sin que haya material protésico u otra situación predisponente se debe sospechar la posibilidad de algún tipo de malformación cardiovascular. A excepción de las cardiopatías congénitas cianóticas complejas, la mayoría de las anomalías estructurales cardíacas no son consideradas por las guías más recientes como de alto riesgo para el desarrollo de endocarditis infecciosa⁸. En los últimos años, hemos apreciado en varias ocasiones que cuando diagnosticamos una endocarditis subyace una malformación que el paciente puede no conocer. Esto hace que nos preguntemos, a pesar de lo que dicen las guías más

recientes, claramente avaladas por las sociedades más prestigiosas, si merece la pena realizar profilaxis en determinadas situaciones de alto riesgo para el desarrollo de una bacteriemia.

Bibliografía

1. Chile JS, Friedman WF. Cardiopatías congénitas del adulto. En: Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, editores. Harrison Principios de Medicina Interna. 16ª ed. Méjico: McGraw-Hill Interamericana; 2006. p. 1528-38.
2. Abbruzzese PA, Aidala E. Aortic coarctation: An overview. J Cardiovascular Med. 2007;8:123-8.
3. Franco-Paredes C, Workowski K. Infective endocarditis-endarteritis complicating coarctation of the aorta. Am J Med. 2002;112:590-2.
4. Anderson A, Cabell C, Sexton D. Aortic coarctation endarteritis in an adult: Case report with cardiovascular magnetic resonance imaging finding and review of the literature. Clin Infect Dis. 2005;40(4):e28-31 Epub 2005 Jan 25.
5. Andersen HO, Helvind MH, Vejlsstrup NG. Aortic coarctation in a teenager presenting as mycotic pseudoaneurysm. Ugeskr Laeger. 2006;168(35):2922-3.
6. Abunasra H, Hickey M. Unusual complication of coarctation of the aorta. Ann R Coll Surg Engl. 2005;87(6):481.
7. Aboulhosn J, Child JS. Congenital heart disease for the adult cardiologist: Left ventricular outflow obstruction subaortic stenosis, bicuspid aortic valve, supravalvar aortic stenosis, and coarctation of the aorta. Circulation. 2006;114:2412-22.
8. Duval X, Leport C. Prophylaxis of infective endocarditis: Current tendencies, continuing controversies. Lancet Infect Dis. 2008;8:225-32.

Ismael Tinoco *, Elena López, Javier Felipe Gutiérrez y Sergio Gamaza

Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: itr@ono.com (I. Tinoco)